



SANTA CASA da Misericórdia de Lisboa

Cristina Maria da Eira Trigo

**Tradução, adaptação cultural e validação de conteúdo
do instrumento “Avaliação da Prontidão do Prematuro
para o Início da Alimentação Oral”**

**Projeto elaborado com vista à obtenção do grau de Mestre
em Terapia da Fala, na Área de Motricidade Orofacial e Deglutição**

Orientador: Professora Doutora Sílvia Fernandes Hitos

Coorientadora: Mestre Ana Isabel Branco Marques

Janeiro, 2015

Cristina Maria da Eira Trigo

**Tradução, adaptação cultural e validação de conteúdo
do instrumento “Avaliação da Prontidão do Prematuro
para o Início da Alimentação Oral”**

**Projeto elaborado com vista à obtenção do grau de Mestre
em Terapia da Fala, na Especialidade de Motricidade Orofacial e Deglutição**

Orientador: Professora Doutora Sílvia Fernandes Hitos

Coorientadora: Mestre Ana Isabel Branco Marques

Júri:

Presidente: Professora Doutora Isabel Cristina Ramos Peixoto Guimarães

Professor Coordenador da Escola Superior de Saúde do Alcoitão

Vogais: Professora Doutora Silvia Fernandes Hitos

Professora da Faculdade Metropolitanas Unidas, Brasil

Professora Doutora Daniele Andrade da Cunha

Professora da Faculdade Integrada do Recife, Brasil

Janeiro, 2015

***Nota:** Todo o artigo se encontra escrito de acordo com o novo acordo ortográfico.*

Resumo

A intervenção do terapeuta da fala nas unidades de cuidados intensivos neonatais é uma realidade do nosso quotidiano. Para que a transição da alimentação de sonda gástrica para a via oral ocorra de forma adequada e segura, é essencial que o terapeuta da fala siga um protocolo de avaliação. O presente estudo teve como objetivo descrever o processo de tradução, adaptação cultural e validação de conteúdo do português do Brasil para o português europeu, do instrumento “Avaliação da prontidão do prematuro para o início da alimentação oral” e do seu manual de instruções, que é um instrumento específico para o uso e aplicação do terapeuta da fala em prematuros clinicamente estáveis na neonatologia. O plano de trabalhos consistiu na tradução do instrumento de avaliação e foi realizado em duas fases: *Tradução* – tradução e obtenção de uma versão de consenso, seguida duma análise da qualidade da tradução realizada por dois clínicos; *Validade de conteúdo* – análise de compreensão e aceitação por um painel de onze peritos terapeutas da fala, a exercerem funções na assistência à alimentação de prematuros em unidades de cuidados intensivos de neonatologia de nove hospitais do Continente e da Madeira.

Resultados: o instrumento e o seu manual de instruções foram traduzidos e adaptados para o português europeu com uma validação de conteúdo que obteve concordância acima de 85% em todos os itens e um índice de concordância média de 96,02% no total dos itens do instrumento e do manual de instruções. Conclusão: o instrumento e o manual de instruções foram traduzidos e adaptados para a cultura portuguesa, dando origem à versão portuguesa, e obteve validade de conteúdo.

Palavras-chave: Adaptação Intercultural, Instrumento de Avaliação, Prematuro, Alimentação.

Abstract

The assistance of speech and language therapist in neonatal intensive care units is a reality of our daily lives. For a correct transition from gastric tube feeding to oral feeding, it is absolutely necessary that speech and language therapists follow an assessment protocol. The present study describes the process of translation, cultural adaptation and validation of the content from Brazilian Portuguese to European Portuguese of the instrument for “Assessing the readiness to oral feeding of premature babies” and its instruction manual, which is a specific instrument to be used and applied by speech and language therapists caring for premature babies within neonatal units. The work plan consisted of the translation of the assessment protocol which was performed in two main stages: *Translation* – Translation and obtaining a consensual version, followed by an examination of the translation quality by two clinicians; *Content validity* – examination of the translation comprehensibility and its acceptance by a panel of eleven judges that are speech and language therapists working in the feeding assistance of premature babies treated in intensive care units of neonatology on ten hospitals distributed along the mainland and Madeira.

Results: the instrument and its manual were translated and adapted to Portuguese culture with a validation of the content which obtained an agreement above 85% on all items and an average agreement of 96.02% in the total items of the instrument and its instruction manual. Conclusion: The instrument and its instruction manual were translated and adapted to Portuguese culture resulting in their Portuguese versions whose content was validated.

Keywords: Adaptation Intercultural, Assessment Instrument, Premature, Feed.

1 – Introdução

Nas últimas décadas, com os avanços tecnológicos realizados nas Unidades de Cuidados Intensivos Neonatais (UCIN) tem vindo a registar-se um incremento de sobrevivência dos bebés pré-termo. Os avanços da medicina peri-natal e o conhecimento do desenvolvimento do recém-nascido pré-termo (RNPT) após o nascimento indicam que o ambiente extra-uterino tem um grande impacto no desenvolvimento do bebé, pois este, após o nascimento, não prossegue de maneira semelhante ao intra-uterino. Permanece por longos períodos internado na unidade de terapia intensiva neonatal e desenvolve-se em meio artificial, incubadora, completamente diferente do meio intra-uterino (Tamez & Silva, 2002).

A etiologia da prematuridade não é conhecida na maior parte dos casos. Contudo, estão identificados diversos fatores que desencadeiam um grande número de partos prematuros, tais como infeções, diabetes, doença cardíaca, doença renal, descolamento prematuro da placenta, abuso do tabaco, álcool, drogas e má nutrição (Tamez & Silva, 2002), gravidezes múltiplas, pré-eclâmpsia, problemas placentários que interrompem o curso normal da gestação antes de se completar o desenvolvimento fetal (Wilson, 2006).

A criança prematura nasce com menos de 37 semanas de idade gestacional e às vezes necessita de cuidado intensivo, com imaturidade neurológica, imaturidade do centro respiratório, tônus muscular diminuído, padrão de extensão, reflexos orais e globais diminuídos e dificuldade de alimentação. As dificuldades de alimentação por via oral levam à necessidade da utilização de uma alimentação enteral, através de sondas nasogástrica (SNG) ou orogástrica (SOG) (Barlow, 2009; Costa, 1991; Hernandez, 2003; Xavier, 2002). A capacidade de adaptação do recém-nascido (RN) à vida extra-uterina pode até certo ponto ser determinada pela observação simultânea de dois critérios: idade gestacional estimada e peso ao nascer (Tamez & Silva, 2002; Wilson, 2006). Tendo como critério a idade de gestação, o RN pode ser classificado como: RN grande pré-termo – idade gestacional inferior a 32 semanas; RN pré-termo (RNPT) – idade gestacional inferior a 37 semanas; RN de termo – idade gestacional superior ou igual a 37 semanas e inferior ou igual a 42, e RN pós-termo idade gestacional superior a 42 semanas (Tamez & Silva 2002; Teixeira, 2002; Wilson, 2006). Tendo como critério o peso ao nascer, o RN pode ser considerado: peso extremamente baixo – RN com menos de 1.000 gr; peso muito baixo – RN com peso menor a 1.500 gr; baixo peso – RN com peso menor que 2.500 gr (Tamez & Silva 2002; Teixeira, 2002; Wilson, 2006).

A intervenção do terapeuta da fala (TF) nas UCIN já é uma realidade do nosso quotidiano. Integrando uma equipa multidisciplinar, o TF assume um papel de relevo nos cuidados prestados ao RN. Do campo da sua atuação e intervenção faz parte a atenção permanente à função da alimentação, ao desenvolvimento neuro sensorio motor global e da comunicação (ASHA, 2004a, 2004b; Costa, 1991, 2009; Hernandez, 2001, 2003, 2007; Xavier, 2002). As principais situações que requerem intervenção do TF são: alterações dos padrões de sucção/deglutição/respiração; dificuldade na transição da alimentação por sonda para a alimentação oral; hipersensibilidade oral e facial; vômitos ou aspiração frequente; alterações respiratórias (apneia ou queda de saturação durante a alimentação) (Costa, 1991, 1994; Xavier, 1995, 2002). Antes da avaliação do RNPT, o TF deverá inteirar-se da condição clínica do bebé, da aparelhagem utilizada, da medicação e do tipo de recurso utilizado para a alimentação (sonda e seio materno) junto da equipa de intervenção, de forma a recolher informação crucial ao estabelecimento dos procedimentos a realizar na avaliação (Mendes & Almeida, 2005).

A alimentação é um processo complexo que inclui estado de alerta, cognição, desenvolvimento motor e neurológico, interação com a mãe e maturação fisiológica do sistema. Os bebés prematuros apresentam pobre desenvolvimento dos mecanismos de sucção e deglutição. A sua imaturidade neurológica, tônus muscular anormal, reflexos orais alterados e dificuldade para regular os estados de alerta podem dificultar o seu desempenho em relação às habilidades motoras orais e a quantidade de nutrientes que precisam receber. Os RNPT frequentemente apresentam mobilidade de língua alterada, movimento exagerado de mandíbula, pouco vedamento labial, diminuição de bolsas de gordura na região das bochechas e padrão irregular respiratório, que vão levar às dificuldades que existem ao iniciar a sucção, estabelecer um ritmo, apresentar força adequada e eficiência nas mamadas (Xavier, 2002).

Para que a transição da alimentação de sonda gástrica para a via oral ocorra de forma adequada é essencial que o TF siga um protocolo de avaliação, a fim de definir os critérios para iniciar a sucção não nutritiva (SNN) para a via oral (Hernandez, 2003; Xavier, 2002). Segundo Xavier (1995), para iniciar a alimentação oral o bebé precisa de ter um desempenho adequado em vários itens: prontidão para a mamada, membros em direção à linha média ao ser posicionado, força de sucção e ritmo estabelecidos, movimentos de língua adequados (*suckling*), canolamento de língua, tempo que permanece em sucção (12 a 15 minutos pelo menos) e praticamente ausência de stresse. A SNN é fundamental para que o bebé desenvolva um padrão adequado de

sucção. É um reflexo que pode ser modificado com a experiência, devendo esta ser organizada e favorável antes do início da via oral (Neiva, 2000b; Xavier, 1995).

Palmer (1993) classifica os padrões de sucção em: sucção madura – 10 a 30 sucções por gole e boa coordenação da sucção, respiração e deglutição; sucção transitória – longos goles de 6 a 10 sucções, padrão de gole/pausa com goles de 3 a 5 sucções, possibilidades de ocorrência de episódios de apneia e pausas longas entre as goladas; sucção imatura – 3 a 5 sucções por gole, respirações e deglutições antes e depois das sucções e goles e pausas de igual duração. As perturbações do padrão sucção podem ser: desorganizada (falta de ritmo) e disfuncional (interrupção do processo de alimentação devido a movimentos anormais da língua e mandíbula).

O RNPT de 32 a 37 semanas de idade gestacional sem qualquer tipo de complicações apresenta padrões de sucção imaturos ou transitórios. Enquanto a criança não for capaz de coordenar a respiração/deglutição/sucção não está em termos de desenvolvimento, preparada para passar da sucção transitória para a sucção madura (Palmer, 1993; Hernandez, 2003).

Xavier (1995) chegou a resultados estatísticos significativos num grupo de bebés que acompanhou: estes apresentavam melhor coordenação entre a sucção, deglutição e respiração, quando comparados com um grupo de bebés (grupo controle) que faziam a transição para a via oral sem um profissional especializado e não coordenavam adequadamente a sucção, pausas e respiração, o que originava sinais de stresse.

Neiva & Leone (2007) analisaram os efeitos da estimulação da SNN sobre a idade de início da alimentação por via oral em 95 RNPT, distribuídos em três grupos: um grupo controle – sem estimulação, um grupo com estimulação SNN com chupeta ortodôntica e um grupo com estimulação com o dedo. No final, verificaram que os grupos com estimulação iniciaram a alimentação por via oral mais precocemente e ambos com a mesma eficácia.

Num estudo de Hernandez *et al* (2007), conclui-se, da avaliação e intervenção em 50 RNPT com dificuldades na alimentação, que o papel do TF na estimulação sensório motor oral em UCIN é eficaz em dois grandes aspetos: obter a transição segura e eficiente para a via oral e permitir que o RN seja amamentado pela sua mãe, mesmo que necessite de complementar com o biberão (alimentação mista).

Desta forma, o estabelecimento de um programa seguro, bem estruturado, que reconheça os problemas individuais específicos e globais, é a melhor forma de fazer com que a criança

venha a ter uma alimentação funcional. Por isso, determinar a prontidão para a alimentação por via oral é fundamental (Fujinaga, 2008; Hernandez, 2003; Xavier, 1995, 2002).

A avaliação deverá englobar a observação dos reflexos orais, comportamento motor, anatomia e morfologia do sistema sensório motor oral e padrão das funções: sucção, deglutição e respiração. A avaliação dos reflexos orais (mordida, vômito, procura, sucção e deglutição) deverá ser feita durante a alimentação e várias vezes no decorrer do processo de intervenção para a observação da maturação das funções orais (Hernandez, 2001; Modes & Almeida, 2005).

Em Portugal, as UCIN utilizam na sua maioria a escala de avaliação comportamental neonatal (NBAS) de Brazelton (1995), que avalia as capacidades do bebé em diferentes áreas de desenvolvimento (sistema autonómico, motor, estaduais e social interativo), examina diferenças individuais no comportamento do recém-nascido até aos 24 meses e é usada pela equipa multidisciplinar da UCIN. Outro instrumento que está a ser utilizado em algumas unidades de neonatologia é a escala de observação das competências precoces para a alimentação oral (EFS) de Thoyre & Shaker (1999). Esta escala foi desenvolvida por uma terapeuta da fala especializada em alimentação infantil e competências de deglutição e foi criada para melhorar a prática da alimentação pelos enfermeiros na UCIN no sentido de dar respostas individualizadas e criar uma linguagem comum para comunicar com outros profissionais de saúde e com a família (Thoyre & Shaker, 1999).

Não constam na bibliografia nacional escalas ou protocolos específicos de avaliação para os TF usarem na UCIN. Em Portugal, os terapeutas seguem o protocolo de Hernandez (2001), a escala de Xavier (1995), que não estão adaptadas para o português europeu. Outros terapeutas utilizam a escala de Palmer (1985), que, no entanto, não é específica para uso do terapeuta da fala.

Segundo Fujinaga *et al* (2008), no Brasil os terapeutas da fala usam os protocolos de Hernandez (2001), Neiva (2000a) e Xavier (1995), que não são validados e não possuem um manual de utilização para aplicação.

Fujinaga *et al* (2008) referem que as escalas de avaliação da alimentação em RNPT estão baseadas na observação descritiva e têm como referência a “Neonatal Oral-Motor Assessment Scale” (NOMAS) de Palmer (1985). A NOMAS foi aplicada a 40 RN de pré-termo de 35 a 40 semanas com o objetivo de estabelecer a confiabilidade do instrumento, verificar a escala com o grau de confiança alcançado e melhorar a qualidade e descrição dos padrões de desorganização e

disfunção da sucção no período neonatal. Este alcançou 80% de concordância entre os observadores mas a concordância interna, a reprodutibilidade e aplicação clínica do instrumento ainda não foram avaliadas.

O instrumento para avaliação da prontidão do prematuro para o início da alimentação oral de Fujinaga *et al* (2008) foi baseado numa vasta revisão bibliográfica e experiência clínica das autoras. O protocolo e o seu manual de instruções (Anexo I – Dossier I) foram validados no seu conteúdo e aparência por 15 terapeutas da fala que exerciam há mais de 3 anos em UCIN de São Paulo e cada item teve um grau de concordância entre os juízes maior ou igual a 85%. O instrumento é constituído pelos itens: idade corrigida; estado de consciência; postura e tónus global; postura dos lábios e língua; reflexo de procura, sucção, mordida e vômito. No desempenho da sucção não nutritiva: o movimento e canolamento da língua; movimento da mandíbula; força de sucção; sucções por pausa; manutenção do ritmo de sucção por pausa; manutenção do estado de alerta e sinais de stresse. Para cada item do instrumento são previstas três opções de manifestação clínica e desempenho do prematuro, escalas de zero a dois, sendo a maior escala observada naquelas respostas adequadas para se iniciar a transição da alimentação. O somatório dos itens pode variar de zero a trinta e seis. O instrumento foi elaborado para bebés clinicamente estáveis, não contemplando as situações: malformações faciais, problemas respiratórios, cardiovasculares, gastrointestinais, neurológicos e síndromes que impeçam ou dificultam a alimentação oral (Fujinaga *et al*, 2007a). A descrição do comportamento do RNPT mediante a aplicação clínica do instrumento de avaliação da prontidão do bebé para iniciar a alimentação por via oral já foi efetuado em 60 prematuros (Fujinaga *et al*, 2007b) (Anexo II – Dossier I).

Optou-se pela realização deste estudo mediante a necessidade de estandardização na atuação, verificada no terreno pela investigadora, que trabalhou durante dois anos no Centro Hospitalar Trás os Montes e Alto Douro – Vila Real, no serviço de medicina física e reabilitação, colaborando com o serviço da UCIN. Acredita-se que o uso de um protocolo de avaliação completo, validado e adaptado à cultura portuguesa seja de suma importância para que a avaliação seja eficaz e rápida, apropriada ao contexto da UCIN. O instrumento para avaliação da prontidão do prematuro para o início da alimentação oral, que serviu de base para o desenvolvimento deste trabalho, tem validação de conteúdo e clínica (Anexo II – Dossier I), e foi desenvolvido por TF com experiência em neonatologia.

O presente estudo teve como objetivo traduzir, adaptar para a realidade portuguesa e fazer a validação de conteúdo do instrumento “ Avaliação da prontidão do prematuro para o início da alimentação oral”, instrumento específico para o uso e aplicação do TF em RNPT na neonatologia.

2 – Metodologia

Realizou-se um estudo metodológico, com o propósito de traduzir, adaptar culturalmente e fazer a validação de conteúdo do instrumento “Avaliação da prontidão do prematuro para o início da alimentação oral” e do seu manual de instruções, para a realidade portuguesa, no âmbito do Mestrado em Terapia da Fala (1.^a edição) – na área de Motricidade Orofacial e Deglutição na Escola Superior de Saúde do Alcoitão.

Mediante permissão expressa da autora do instrumento “Avaliação da prontidão do prematuro para o início da alimentação oral” (Apêndice I – Dossier I) o documento foi traduzido, adaptado culturalmente e seu conteúdo foi validado, tanto o instrumento como o manual, para o português europeu (PE).

Considera-se como questão orientadora: “A versão em português europeu do instrumento ‘Avaliação da prontidão do prematuro para o início da alimentação oral’ e do manual de instruções obtida neste estudo é equivalente à versão original, em termos semânticos e na validação de conteúdo?”

Para ser obtida a versão portuguesa final do instrumento de avaliação e do seu manual de instruções foi necessário seguir um processo de tradução e adaptação cultural para o português europeu e posteriormente sua validação de conteúdo. A tradução do instrumento em português do Brasil para o português europeu foi realizada com base nos métodos propostos por Guillemin *et al* (1993) e Beaton *et al* (2000), cumprindo duas fases:

Tradução: Consistiu na tradução e adaptação, obtenção de uma versão de consenso e análise da qualidade da tradução realizada por dois clínicos especializados na área.

Validação de conteúdo: Consistiu na análise de compreensão e aceitação por um painel de onze peritos terapeutas da fala que trabalham em UCIN e UCERN.

Tradução

A tradução do instrumento de avaliação e do manual de instruções do português do Brasil para o português europeu foi realizada por um tradutor bilingue residente em Portugal. Obtendo-se a primeira versão preliminar.

Qualidade da tradução – Para avaliar a qualidade da tradução do instrumento e do manual foi solicitada uma revisão clínica a dois clínicos que trabalham em UCIN (um médico pediatra, neonatologista e uma terapeuta da fala especializada na área). Os relatórios de ambos foram analisados para se chegar a um consenso e produzir uma versão pré-final (versão de teste de compreensão e versão de consenso).

Seguidamente foi realizada a validação de conteúdo do instrumento e do manual de instruções.

Validação de Conteúdo

Esta fase foi caracterizada pela análise de compreensão e aceitação por um painel de onze peritos TF que trabalham em UCIN e UCERN, na assistência à alimentação de prematuros, de nove hospitais públicos do continente e da RAM - Região Autónoma da Madeira: Centro Hospitalar CHALgarve Faro; Centro Hospitalar CHALgarve Portimão; Centro Hospitalar do Funchal EPE; Centro Hospitalar de Lisboa Central, Hospital D^a Estefânia EPE; Centro Hospitalar Lisboa Norte, Hospital Santa Maria EPE; Centro Hospitalar do Porto, Hospital de Santo António EPE; Centro Hospitalar Tondela Viseu EPE; Hospital Garcia de Orta EPE e ULS Unidade Local de Saúde de Castelo Branco EPE.

Inicialmente, foram contactados os TF que exercem funções nas UCIN e UCERN, explicando qual o objetivo do estudo e solicitando a sua participação na validação do conteúdo do instrumento de avaliação e do seu manual de instruções. No pedido de colaboração aos peritos TF foi efetuada uma prévia explicação sobre os objetivos e procedimentos do estudo. Depois de aceite a colaboração dos onze TF, foi obtida a autorização junto das instituições hospitalares onde os TF exercem funções para poderem colaborar (Apêndice II – Dossier I).

Para a validação de conteúdo foi realizado e enviado um questionário *online* através do *Google Docs* (apêndice IV – Dossier I) para os peritos avaliarem o conteúdo do instrumento e respetivo manual, fazendo uma análise individual de cada uma das questões. Pediu-se para

analisar se o conteúdo traduzido mantém o mesmo significado da língua original (português do Brasil), verificar facilidade ou dificuldade na compreensão dos termos usados, avaliar se as instruções fornecidas estão adequadas, e sugestões alternativas. Objetivou-se que estas análises permitissem a obtenção da versão final do instrumento e do manual de instruções.

O questionário *online* foi dividido em duas partes: a primeira com informação sobre os TF, a fim de caracterizar quanto ao local de trabalho e o tempo de experiência em neonatologia; a segunda parte é constituída por questões de resposta fechada: as três primeiras questões, referem-se à orgânica do instrumento e manual (regras de aplicação; proporção das questões: distribuição por áreas e ordem das perguntas; possibilidades de resposta aos itens; fiabilidade de tradução na seleção de palavras e adaptações culturais) e as restantes destinam-se a avaliar o conteúdo das perguntas do instrumento e do manual de instruções. A classificação das respostas foi feita através de uma escala tipo *Likert* graduada de 1 a 3, em que 1 corresponde a “não concordo” (0 %), 2 a “concordo parcialmente” (50%) e 3 a “concordo” (100%) (Fortin, 2009).

Foi considerado validado cada item do instrumento quando a concordância entre os peritos foi maior ou igual a 85%, igual à validação do instrumento original (Fujinaga *et al*, 2008). Os outros dados recolhidos foram analisados e tratados utilizando estatística descritiva.

2.1 - Caracterização da Amostra

A amostra do teste de compreensão para a validação do instrumento e do seu manual foi de conveniência e composta por onze peritos terapeutas da fala que apresentavam como **critérios de inclusão** exercerem funções em UCIN e UCERN de hospitais nacionais, e que tivessem pelo menos três anos de experiência em neonatologia (como na validação original do instrumento).

3 - Resultados

Fase de Tradução

Tradução

Da análise das equivalências de significado da tradução do instrumento “Avaliação da prontidão do prematuro para o início da alimentação oral” e do seu manual de instruções resultaram os seguintes resultados:

- 1º Item: “tónus” como equivalente semântico de “tônus”;
- 2º Item: “Protraída” como equivalente semântico de “protruída”;
- 3º Item: “Vômito” como equivalente semântico de “vômito”;
- 4º Item: “Stresse” como equivalente semântico de “estresse”;
- 5º Item: “Movimento de língua” como equivalente semântico de “movimentação da língua”;
- 6º Item: “Apneia” como equivalente semântico de “apnéia”;
- 7º Item: “Acumulação” como equivalente semântico de “acúmulo”;
- 8º Item: “Pontuação” como equivalente semântico de “Escore”;
- 9º Item: “Pontuação Máxima” como equivalente semântico de “Escore Máximo”;
- 10ª Item: “Manual de Instruções” como equivalente semântico de “Guia instrucional”;
- 11º Item: “Reflexo de sucção fraco: Leva algum tempo...” como equivalente semântico de “Reflexo de sucção fraco: Leva um tempo...”;
- 12º Item: “Reflexo de vômito:...introdução do dedo do avaliador ao atingir...” como equivalente semântico de “Reflexo de vômito:...introdução do dedo do avaliador já ao atingir...”;
- 13º Item: “Sucção por pausa:...deve utilizar-se...” como equivalente semântico de “Sucção por pausa:...deve-se utilizar...”;
- 14º Item: “Manutenção do ritmo de sucção por pausa...previsto num mesmo...” como equivalente semântico de “Manutenção do ritmo de sucção por pausa...previsto em um mesmo...”;
- 15º Item: “Manutenção do ritmo de sucção por pausa: para classificar este parâmetro deve utilizar-se...” como equivalente semântico de “Manutenção do ritmo de sucção por pausa: para classificar este parâmetro deve-se utilizar...”;
- 16º Item: “dispneia” como equivalente semântico de “dispnéia”.

Qualidade da tradução

Com base nas análises dos clínicos, verificou-se que não houve situações de discrepâncias (Apêndice III – Dossier I). O segundo painel de equivalência semântica (qualidade da tradução efetuada) obteve os seguintes consensos:

1º Item: “Movimento da mandíbula” como equivalente semântico de “Movimentação da mandíbula”;

2º Item: “... Postura da língua: Baixa...” como equivalente semântico de “... Postura da língua: Plana...”.

Validação de conteúdo

Após o preenchimento dos questionários *online* pelos TF, foi efetuada a análise das respostas de forma quantitativa, anotando as suas sugestões.

As características da amostra, correspondente a um painel de 11 peritos TF, que participaram no painel de validação de conteúdo encontram-se descritas na tabela 1. Todos os peritos eram do sexo feminino e possuíam um tempo de experiência profissional em neonatologia de 3 a 17 anos, com média de 9,7 anos.

Tabela 1. Características da Amostra (N = 11)

Variáveis	Dados
Hospital onde trabalha o Terapeuta da fala	
Centro Hospitalar CHALgarve Faro	1
Centro Hospitalar CHALgarve Portimão	1
Centro Hospitalar do Funchal EPE	1
Centro Hospitalar de Lisboa Central, Hospital Dª Estefânia EPE	1
Centro Hospitalar Lisboa Norte, Hospital Santa Maria EPE	1
Centro Hospitalar do Porto, Hospital de Santo António EPE	2
Centro Hospitalar Tondela Viseu EPE	2
Hospital Garcia de Orta EPE	1
ULS Unidade Local de Saúde de Castelo Branco EPE	1
Anos de experiência em UCIN ou UCERN (anos) *	9,7 ±4,57(3-17)

*Variáveis Quantitativas: média ± desvio padrão (mínimo – máximo)

Quanto à análise global, no que se refere à orgânica do conteúdo do instrumento e do seu manual de instruções, existe um consenso entre os avaliadores de 100% de concordância na questão da proporção das perguntas, nomeadamente na distribuição das perguntas por áreas e na ordem das perguntas no instrumento e do seu manual; nas regras de aplicação e na seleção das

palavras houve 95,45% de concordância; nas possibilidades de resposta aos itens e na fiabilidade da tradução houve 90,91% de concordância; e foi unânime a opinião concordante de 100% nas adaptações culturais efetuadas no instrumento e seu manual (tabela 2). Um perito deu a sugestão de que o instrumento deveria ter um texto introdutório explicativo para auxiliar aplicação da prova. Outro perito sugeriu que alguns itens poderiam ter mais espaço para outros sinais/observações e um terceiro perito referiu que poderia incluir o nome dos cuidadores, o tipo de leite e o número de refeições.

Tabela 2. Índice de concordância obtido entre os peritos na primeira etapa da validação da orgânica de conteúdo do instrumento.

Itens avaliados	Primeira etapa (%) N=11
Regras de aplicação	95,45
Proporção das questões: Distribuição por áreas	100,00
Ordem das perguntas	100,00
Possibilidades de resposta aos itens	90,91
Fiabilidade de tradução	90,91
Seleção de palavras	95,45
Adaptações culturais	100,00

A validação foi realizada em duas etapas. No entanto, na primeira avaliação todos os itens do instrumento e do seu manual atingiram um índice de concordância acima de 85%, percentagem necessária para serem validados.

No instrumento, a maioria dos itens atingiu índices de concordância acima de 90%. Quatro itens, que tiveram índices de 86,36%, foram: “Idade corrigida [(1) entre 32 a 34 semanas]”, “Postura global [(2) flexão (1) semiflexão (0) extensão]”, “Reflexo de mordida” e “A duração do teste deverá ser de 1 minuto”. Dois dos itens, apesar de terem atingido o índice de concordância superior a 85%, foram sujeitos a uma segunda etapa da avaliação para reformulação, pois os TF deram sugestões consideradas pertinentes (Apêndice IV - Dossier I). Um dos itens, “reflexo de mordida”, por sugestão de dois peritos, foi reformulado para “reflexo de morder” que obteve 100% de concordância, na segunda etapa de avaliação, pelas onze terapeutas (tabela 3). Quanto ao item “A duração do teste Sução Não-Nutritiva deverá ser de 1 minuto” três peritas aconselharam maior duração, embora não dessem sugestões de tempo, pelo que na segunda etapa de avaliação esse item foi reformulado, dando três opções de escolha “1min”, “2 min” e “3 min”. Não obtendo consenso entre os peritos, manteve-se o tempo de 1 min, que tinha o índice de concordância necessária para ser validado.

No item “manutenção do estado alerta”, com 90,91% de concordância, um dos peritos não concordou, referindo que “existem outras escalas para avaliar estas questões e o item exige outro tipo de formação”. No item “canolamento da língua”, com 95,45% de concordância, dois peritos concordam parcialmente. Um refere que “deveria haver outra opção de resposta que fique intermediária ao ausente e presente, pois muitas vezes temos canolamento presente mas pouco saliente que irá interferir na alimentação” e o segundo refere que “nem sempre é visível o canolamento da língua”. No item “sinais de stresse”, apesar de ter atingido 100% de concordância, dois peritos referiram que a sudorese excessiva e sonolência também são sinais comuns de stresse.

O manual de instruções alcançou um índice de concordância superior a 85% em todos os itens (tabela 4). A maioria dos itens atingiu valores acima de 90% de concordância. Somente a cotação dos itens “Postura global” e “Manutenção do estado de alerta” apresentaram índices 86,36% de concordância.

O instrumento e o seu manual de instruções obtiveram um índice de concordância média de 96,02%, e 4,48% de desvio padrão, no total dos itens do instrumento e do manual de instruções (tabela 4).

Por não serem referenciadas outras dificuldades, relativamente à análise de conteúdo dos itens traduzidos do instrumento, do manual de instruções e da sua validação foi preparada a versão final do instrumento (Apêndice I e V - Dossier I).

Tabela 3. Índice de concordância obtida entre as peritas na primeira e segunda etapa da validação de conteúdo das perguntas que compõem o instrumento de avaliação.

Itens avaliados	Primeira etapa (%)	Segunda etapa (%)
	N=11	N=11
Nome	100,00	
Nº Processo	100,00	
Data	100,00	
DN	100,00	
Horário	90,91	
Idade pós-natal	100,00	
Idade corrigida	100,00	
Idade gestacional	100,00	
Alimentação:	90,91	
S. O. G.	100,00	
S. N. G.	100,00	
SNG = Sonda nasogástrica SOG = Sonda orogástrica	95,45	
Vol:	95,45	
IDADE CORRIGIDA		
(2) maior ou igual a 34 semanas	95,45	
(1) entre 32 a 34 semanas	86,36	
(0) menor ou igual a 32 semanas	95,45	
ESTADO DE ORGANIZAÇÃO COMPORTAMENTAL		
Estado de consciência	90,91	
(2) alerta (1) sono leve (0) sono profundo	90,91	
Postura global	90,91	
(2) flexão (1) semiflexão (0) extensão	86,36	
Tónus global	90,91	
(2) normotonia (0) hipertonia (0) hipotonia	90,91	
Postura oral		
Postura de lábios	100,00	
(2) fechados (1) entreabertos (0) abertos	100,00	
Postura de língua	100,00	
(2) baixa (0) elevada (0) retraída (0) protraída	90,91	
Reflexos orais		
Reflexo de procura	100,00	
(2) forte (1) Fraco (0) ausente	100,00	
Reflexo de sucção	100,00	
(2) forte (1) Fraco (0) ausente	100,00	
Reflexo de mordida – 2ª etapa Reflexo de morder	86,36	100,00
(2) presente (1) presente exacerbado (0) ausente	95,45	
Reflexo de vômito	90,91	
(2) presente (1) presente anteriorizado (0) ausente	100,00	
Sucção não-nutritiva *		
Movimento de língua	100,00	
(2) adequada (1) alterada (0) ausente	95,45	
Canolamento de língua	95,45	
(2) presente (0) ausente	90,91	
Movimento de mandíbula	100,00	
(2) adequada (1) alterada (0) ausente	95,45	
Força de sucção	100,00	
(2) forte (1) fraca (0) ausente	100,00	
Sucções por pausa	95,45	
(2) 5a8s/p (1) >8/p (0) <5s/p	90,91	
Manutenção do ritmo	100,00	
(2) rítmico (1) arrítmico (0) ausente	95,45	
Manutenção do estado alerta	90,91	
(2) sim (1) parcial (0) não	90,91	
Sinais de stresse	100,00	

(2) ausente (1) até 3 (0) mais de 3	100,00
Variação de tónus	90,91
() ausente () presente	90,91
Variação de postura]	95,45
() ausente () presente	90,91
Variação de coloração da pele	90,91
() ausente () presente	90,91
Batimento de asa nasal	90,91
() ausente () presente	90,91
Tiragem	90,91
() ausente () presente	90,91
Apneia	90,91
() ausente () presente	90,91
Acumulação de saliva	90,91
() ausente () presente	90,91
Tremores de língua ou mandíbula	95,45
() ausente () presente	100,00
Soluço	95,45
() ausente () presente	100,00
Choro	90,91
() ausente () presente	90,91
A duração do teste deverá ser de 1 minuto	86,36
Pontuação máxima: 36	100,00

Tabela 4. Índice de concordância entre peritos na primeira etapa de validação do Manual de Instruções.

Itens avaliados	Primeira etapa (%) N=11
Menor ou igual a 32 semanas. **	100,00
Entre 32 a 34 semanas. **	90,91
Maior que 34 semanas. **	100,00
* Idade corrigida: é a idade gestacional (Ballard) somada à idade pós-natal.	100,00
** Parâmetros definidos tendo por base os autores Lemons, Lemons e Palmer.	100,00
<u>Estado de organização comportamental</u>	
Alerta: olhos abertos e brilhantes, responsivo à estimulação, com alguma atividade espontânea.	90,91
Sono leve: olhos abrem e fecham, olhar confuso e sem brilho, demora a responder à estimulação, com atividade espontânea variada.	90,91
Sono profundo: olhos fechados, não-responsivo à estimulação; a atividade motora é nula.	90,91
Flexão: flexão de membros superiores e inferiores e posição do pescoço em linha mediana em relação ao tronco.	90,91
Semi-flexão: flexão de membros inferiores e posição do pescoço em linha mediana em relação ao tronco.	86,36
Extensão: extensão de membros superiores e inferiores e do pescoço em relação ao tronco.	90,91
Normotonia: leve resistência à movimentação passiva de flexão e extensão, sendo ligeiramente maior nesta última.	90,91
Hipertonia: resistência aumentada à movimentação passiva de flexão e extensão.	90,91
Hipotonia: resistência diminuída à movimentação passiva de flexão e extensão.	90,91
Postura de lábios	100,00
Fechados: lábio superior e inferior justapostos.	100,00
Entreabertos: lábio superior e inferior parcialmente separados.	100,00
Abertos: lábio inferior e superior totalmente separados.	100,00
Postura de língua	100,00
Baixa: língua plana, posicionada dentro da cavidade oral, com ponta arredondada.	95,45
Elevada: ponta da língua em posição elevada, pressionando o palato.	95,45
Retraída: língua em posição de retração na cavidade oral.	100,00
Protraída: língua em posição de protrusão na cavidade oral, estando sobreposta aos lábios.	100,00
<u>Reflexos orais</u>	100,00
Reflexo de procura	90,91
Presente: mediante o estímulo dos quatro pontos cardeais na região perioral, procura imediatamente a região estimulada, direcionando a cabeça ao estímulo e/ou abrindo a boca.	100,00
Fraco: mediante o estímulo dos quatro pontos cardeais na região perioral procura lentamente a região estimulada, direcionando a cabeça ao estímulo e/ou com abertura parcial da boca.	100,00
Ausente: ausência de resposta.	100,00
Reflexo de sucção	100,00
Forte: suga prontamente a própria mão ou o dedo enluvado do avaliador.	100,00
Fraco: leva algum tempo para iniciar a sucção da própria mão ou o dedo do avaliador.	100,00
Ausente: ausência de resposta.	100,00
Reflexo de morder	100,00
Presente: responde ao estímulo do dedo do examinador no rolete gengival da cavidade oral, com trancamento da mandíbula, seguido de relaxamento.	100,00
Presente exacerbado: responde ao estímulo do dedo do examinador no rolete gengival da cavidade oral, mantendo o trancamento de mandíbula.	100,00
Ausente: ausência de resposta.	100,00
Reflexo de vômito	90,91
Presente: responde com náuseas e/ou vômito ao estímulo da introdução do dedo do avaliador ao atingir a região médio-posterior da língua.	100,00
Presente anteriorizado: responde com náuseas ou vômito ao estímulo da introdução do	100,00

dedo do avaliador ao atingir a região anterior da língua.	
Ausente: ausência de resposta.	100,00
Movimento de língua	100,00
Adequada: movimento ântero-posterior e coordenado da língua diante do estímulo intraoral.	95,45
Alterada: movimento pósterio-anterior ou incoordenado diante do estímulo intraoral.	95,45
Ausente: ausência de movimento.	100,00
Canolamento da língua	95,45
Presente: elevação das bordas laterais e presença de sulco na região central da língua.	95,45
Ausente: ausência de resposta.	95,45
Movimento de mandíbula	100,00
Adequada: reduzida excursão da mandíbula, com amplitude mandibular rítmica e suave.	95,45
Alterada: ampla excursão da mandíbula e/ou com amplitude mandibular arrítmica e/ou trancamento da mesma.	90,91
Ausente: ausência de movimento.	100,00
Força de sucção	100,00
Forte: forte compressão contra o palato e pressão negativa intraoral encontrando resistência a retirada do dedo do avaliador da cavidade oral.	100,00
Fraca: fraca compressão contra o palato e pressão negativa intraoral encontrando pouca ou nenhuma resistência à retirada do dedo do avaliador da cavidade oral.	100,00
Ausente: ausência de resposta.	100,00
Sucções por pausa***	95,45
De cinco a oito sucções por pausa respiratória	95,45
Acima de oito sucções por pausa respiratória	90,91
Menos de cinco sucções por pausa respiratória	90,91
*** Para classificar este parâmetro deve utilizar-se a média obtida em três grupos de sucção/pausa	100,00
Manutenção do ritmo de sucção por pausa****	100,00
Rítmico: mantém o número de sucções por pausa previsto num mesmo intervalo (menor que cinco, entre cinco a oito ou maior que oito sucções por pausa)	100,00
Arrítmico: altera o número de sucções por pausa entre os intervalos (menor que cinco, entre cinco a oito ou maior que oito sucções por pausa)	100,00
Ausente: ausência de sucção	100,00
**** Para classificar este parâmetro deve utilizar-se o número de sucções/pausa obtido em três grupos de sucção/pausa e verificar se ocorreu variação deste número entre os intervalos previstos	100,00
Manutenção do estado alerta	90,91
Sim: mantém-se alerta o tempo todo do teste da sucção não-nutritiva	86,36
Parcial: mantém-se alerta apenas no início ou no final do teste da sucção não-nutritiva	86,36
Não: não se mantém alerta durante o teste da sucção não-nutritiva	86,36
Sinais de stresse	
Ausente: ausência de sinais de stresse	100,00
Até três sinais de stresse	100,00
Mais de três sinais de stresse	100,00
Os sinais de stresse a serem observados durante a avaliação são:	100,00
Variação de tónus	100,00
Variação de postura	95,45
Variação de coloração da pele	100,00
Batimento de asa nasal	100,00
Tiragem	100,00
Dispneia	95,45
Acumulação de saliva	100,00
Tremores de língua ou mandíbula	100,00
Soluço	100,00
Choro	100,00

Índice de Concordância nos Itens do Instrumento e Manual de Instruções * **96,02%±4,48 (86,36-100)**

*Variáveis Quantitativas: média ± desvio padrão (percentagem mínima – máxima)

4- Discussão:

A intervenção do TF nas UCIN, integrando uma equipa multidisciplinar, assume um papel de relevo nos cuidados prestados ao RN. O campo da sua atuação e intervenção engloba a atenção permanente à função de alimentação, o desenvolvimento neuro sensorio motor global e a comunicação (ASHA, 2004a, 2004b; Costa, 1991, 2009; Hernandez, 2001, 2003, 2007; Xavier, 2002).

A intervenção da terapia da fala nas UCIN é ainda uma realidade de poucos hospitais em Portugal. Este estudo reflete o número reduzido de terapeutas da fala que trabalham em UCIN devido à sua intervenção ser uma prática bastante recente em Portugal, diferente da realidade de países como a Austrália, Estados Unidos da América ou Brasil, onde o TF faz parte integrante da equipa de neonatologia (SPAA, 2001; ASHA, 2004a, 2004b; SBFA, 2003). Em Portugal, o TF colabora com a UCIN, mas não faz parte desse serviço. Num estudo para determinar as características do acompanhamento do neurodesenvolvimento dos RN de muito baixo peso em Portugal, em internamento e em ambulatório, Cunha *et al*, (2010) referem que só em 25% dos hospitais os RN são seguidos por equipas multidisciplinares que incluem, por ordem de frequência, medicina física e reabilitação, oftalmologia, otorrinolaringologia, fisioterapia, terapia da fala, terapia ocupacional, enfermagem, psicologia e psicomotricidade. Esta situação poderá mudar com a publicação em Diário da República de uma nova medida legislativa, portaria n.º 8/2014. D.R. n.º 9 Série I de 14 de Janeiro de 2014, que estabelece os requisitos mínimos relativos à organização e funcionamento, recursos humanos (...) nas neonatologias e referindo no Artigo 15.º: “As unidades de obstetrícia e neonatologia com urgência permanente e aberta ao exterior com equipa alargada devem ainda dispor da colaboração de um cardiologista pediátrico, de um nutricionista com experiência em neonatologia, de um fisioterapeuta e de um terapeuta da fala”.

Como atuação recente, percebe-se a dificuldade da equipe de saúde em indicar o momento ideal para iniciar a transição da alimentação gástrica para via oral de forma objetiva e com apoio de um instrumento que considere vários aspectos do bebé. A literatura aponta alguns protocolos de avaliação (Hernandez, 2001; Neiva, 2000a; Xavier, 1995). No entanto, os protocolos de avaliação citados contêm informações a respeito das estruturas estomatognáticas e das funções de alimentação, e não consideram aspectos globais importantes, como estado de consciência, postura global e presença dos reflexos orais, que podem interferir no desempenho do RNPT no momento da alimentação oral (Fujinaga *et al*, 2007b). Na literatura não há registo

de trabalhos com um protocolo padronizado que determinasse quando iniciar a transição para alimentação oral, ou mesmo como esta transição se efetua (Thoyre, 2003).

O instrumento “Avaliação da prontidão do prematuro para o início da alimentação oral” de Fujinaga *et al* (2008) foi baseado numa vasta revisão bibliográfica e experiência clínica das autoras e o protocolo e o seu manual de instruções foram validados no seu conteúdo, aparência e clínica (Fujinaga *et al*, 2007b).

O presente estudo descreveu o processo de tradução e adaptação do referido instrumento e do seu manual de instruções do português do Brasil para o português europeu. Na avaliação dos clínicos, não existiram obstáculos na análise da qualidade da tradução do instrumento e do seu manual.

No que diz respeito à validação, o instrumento e o manual foram bem aceites pelos peritos e mostraram ter validade de conteúdo, tendo tido um percentual de concordância superior a 85%, tal como a validação da autora do instrumento. A validação de conteúdo do instrumento original foi realizada por um painel de 15 TF do sexo feminino com um tempo de experiência de 8,6 anos em UCIN. Na validação do instrumento na versão PE, os TF são 11, do sexo feminino, e têm um tempo médio de experiência maior, de 9,7 anos. Embora também tenham sido contactados 15 TF para este painel de peritos, no entanto dois não quiseram colaborar e outros dois não puderam participar, porque nas instituições hospitalares onde exercem funções não eram solicitados para intervir nas UCIN.

Por último, considerando que a validade é o grau em que um instrumento realmente mede aquilo que foi concebido para medir, este instrumento só estará totalmente validado ao ser aplicado na prática clínica, pelo que se recomenda que futuros estudos possam preencher esta lacuna.

É de mencionar que a versão final do instrumento e do seu manual de instruções em PE apresenta todas as perguntas do instrumento original, uma vez que estas se adequavam à realidade portuguesa. O instrumento desenvolvido possibilita uma avaliação satisfatória da prontidão do prematuro para início da alimentação oral, pois a grande maioria dos itens apresentou bons índices de concordância entre os avaliadores, com um índice de concordância média de 96,02% no total dos itens do instrumento e do manual de instruções.

5 - Conclusão

O instrumento “Avaliação da prontidão do prematuro para o início da alimentação oral” e o seu manual de instruções foram traduzidos e adaptados para a cultura portuguesa, mantendo a equivalência ao original em termos semânticos e de conteúdo.

A versão em PE foi validada, pois apresentou um percentual de concordância superior a 85%, tal como o instrumento original. Mantém todos os itens do instrumento original uma vez que se adequavam à realidade portuguesa. A validação clínica deverá ser a próxima etapa do processo de validação do instrumento, de modo a ser utilizado pelos TF nas UCIN do país.

6 - Referências bibliográficas

American Speech-Language-Hearing Association (ASHA)(2004a). *Roles of speech-language pathologists in the neonatal intensive care unit: Position statement*. Rockville, MD: Author.

American Speech-Language-Hearing Association (ASHA) (2004b). *Roles of speech-language pathologists in the neonatal intensive care unit: Technical report*. Rockville, MD: Author.

Barlow, S. M. (2009). Central pattern generation involved in oral and respiratory control for feeding in the term infant. *Curr Opin otolaryngol head neck surg* ,17 (3), 187-193.

Beaton, D. E., Bombardier, C., Guillemin, F., Ferraz, M. B. (2000). *Guidelines for the Process of Cross-Cultural Adaptation of Self-Report Measures*. *Spine* 25 (24), 3186-3191.

Brazelton, T. B., Nugen, J. K. (1995). *A Neonatal Behavioral Assessment Scale*. Cambridge: Mackeith Press.

Cunha, M., Cadete, A., Virella, D. (2010). Acompanhamento dos recém-nascidos de muito baixo peso em Portugal. *Sociedade Portuguesa de Pediatria*, 41 (4), 155-61.

Costa, S. P. (2009). Development of sucking patterns in preterm infants. *Nederland: Nestlé Nutrition*.

Costa, S. P.(1994). Speech therapy for children`s nurses. *Special issue of the journal for speech therapy curriculum development*.

- Costa, S. P.(1991). Logopaedic care of seriously ill infants. *Logopedie en Foniatrie*.
- Fortin, M. F. (2009). *Fundamentos e etapas do processo de investigação*. Montreal: Lusodidacta.
- Fujinaga, C. I., Scochi, C. G. S., Santos, C. B., Zamberlan, N. E., Leite, A. M. (2008). Instrumento de avaliação da prontidão do prematuro para o início da alimentação oral. *Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil*, 8(4), 391-399.
- Fujinaga, C. I., Zamberlan, N.E., Rodarte, M. D. O., Scochi, C. G. S. (2007a). Confiabilidade do instrumento de avaliação da prontidão do prematuro para o início da alimentação oral. *Pró-fono*, 19 (2), 50-143.
- Fujinaga, C. I., Rodarte, M. D. O., Amorim, Z. N. E., Gonçalves, T. C., Scochi, C. G. S. (2007b). Aplicação de um instrumento de avaliação da prontidão do prematuro para o início da alimentação oral: estudo descritivo. *Revista Salus-Guarapuava*, 1(2), 129-137.
- Guillemin, F., Bombardier, C., Beaton, D. (1993). Cross-Cultural Adaptation of Health-Related Quality of Life Measures: Literature Review and Proposed Guidelines. *Journal of Clinical Epidemiology*, 46 (12), 1417-1432.
- Hernandez, A.M., Giordan, C. R., Shiguematsu, R. A. (2007). A intervenção fonoaudiológica em recém-nascidos de risco para distúrbios da deglutição e sua influência no aleitamento materno. *Revista Brasileira Nutrição Clínica*, 22 (1), 41-44.
- Hernandez, A.M. (2003). Atuação fonoaudiológica com o sistema estomatognático e a função de alimentação. In: Hernandez, A. M. (Org.). *O Neonato*, 5, 47-78. São Paulo: Pulso.
- Hernandez, A.M. (2001). Atuação fonoaudiológica com recém-nascidos e lactentes disfágicos. In: Hernandez A. M., Marchesan, I. *Atuação fonoaudiológica em ambiente hospitalar*. São Paulo: Revinter.
- Modes, L.C. & Almeida, E. C. (2005). Avaliação e intervenção fonoaudiológica em recém - nascidos de alto risco com dificuldades na dieta via oral. In: *Avaliação e conduta fonoaudiológica com o recém- nato de risco*, 2, 23-36. Rio de Janeiro: Revinter.
- Neiva, F. C. B., Leone, C. R. (2007). Efeitos da estimulação da sucção não nutritiva na idade de início da alimentação via oral em recém-nascidos pré-termo. *Revista Paul Pediatría*, 25 (2), 129-34.

- Neiva, F. C. B. (2000a). Proposta de um formulário de avaliação da sucção de recém-nascidos. *Pró-fono revista de atualização científica*, 12 (2), 113-119.
- Neiva, F. C. B. (2000b). Sucção em recém-nascidos: algumas contribuições da fonoaudiologia. *Pediatrics*, 22(3), 264-270.
- Palmer, M. M. (1993). Suck pattern in premature infants. *Journal of perinatal and neonatal nursing*, 7(1), 66-75.
- Palmer, M. M. (1985). The Neonatal Oral-Motor Assessment Scale: A reliability study. *Journal of perinatology*, 5(4), 13-26.
- Portugal, Ministério da Saúde, Despacho Normativo n.º 8/2014, publicado em Diário da República n.º 9, 1.ª Série de 14 de Janeiro.
- Sociedade Brasileira de Fonoaudiologia (SBFA) (2003). Comitê de Motricidade Oral. Documentos oficiais do comitê de motricidade oral da sociedade brasileira de fonoaudiologia. São Paulo: Sociedade Brasileira de Fonoaudiologia.
- Speech Pathology Association of Australia (SPAA) (2001). Principles of Practice. Melbourne, Victoria.
- Tamez, R. N., Silva, M. J. P. (2002). Enfermagem na UTI Neonatal. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan.
- Teixeira, M. L. P. D. (2002). Exame físico do recém-nascido. In: Simões, A. (Ed.) *Manual de Neonatologia*, 4, 47-64. Rio de Janeiro: Medsi.
- Thoyre, S. M. (2003). Developmental transition from gavage to oral feeding in the preterm infant. In: *Annual review of nursing research*. Springer Publishing Company.
- Thoyre, S. M., Shaker, C. S. (1999). The early feeding skills Assessement for preterm Infants. *Netw Neonatal*, 24 (3), 7-13.
- Xavier, C. (2002). *Avaliação dos padrões de sucção em recém-nascidos prematuros visando a transição da alimentação de sonda gástrica para a via oral*. Tese de doutoramento. Instituto de psicologia da universidade de São Paulo.

Xavier C. (1995). Avaliação de alimentação de recém-nascidos em fase de hospitalização (Escala de avaliação motora oral da Irmandade Santa Casa de Misericórdia de São Paulo). *Pró-Fono Revista de Atualização Científica*, 7 (2), 69-74.

Wilson, D. (2006). Promoção da saúde do recém-nascido e da família. In M. J. Hockenberry, Wilson & Winkelstein (Ed.) *Wong Fundamentos de Enfermagem Pediátrica*, 7 (8), 175-221. Rio de Janeiro: Mosby, Elsevier.

Agradecimentos

Este trabalho não teria sido possível sem a colaboração de várias pessoas que contribuíram para o mesmo. Sendo assim, agradeço:

*À minha Orientadora Doutora Sílvia Hitos,
Por acreditar em mim, por toda a atenção, paciência e disponibilidade.*

*À minha Co-Orientadora Mestre Ana Marques,
Por toda a acessibilidade, ajuda e esclarecimentos.*

As colegas Terapeutas da Fala

Ana Marques

Catarina Ferreira

Carla Gouveia

Catarina Santos

Catarina Trindade

Dulce Gouveia

Fátima Pinto

Joana Rombert

Maria da paz Cunha

Leonor Fontes

Tânia Dias

Pela disponibilidade e colaboração na validação do instrumento e do manual de instruções.

*Aos meus pais,
Por todo o apoio, compreensão e carinho.*

*Aos meus amigos: Isabel Ferreira, Luís Alves, Rui Clara e Carla Afonso,
Pelo forte incentivo, ajuda e amizade.*

*Aos meus colegas de Mestrado,
Pelo incentivo e ajuda.*

Por fim, agradeço a todos aqueles que me ajudaram, das mais variadas formas, na realização deste projeto.

Apêndice I

Versão portuguesa do Instrumento

“Avaliação da Prontidão do Prematuro para o Início da Alimentação Oral” e o Manual de Instruções

Instrumento de avaliação da prontidão do prematuro para início da alimentação oral**Identificação**

Nome: _____ N.º Processo: _____

Data: ____/____/____ DN: ____/____/____ Horário: _____

Idade pós-natal: _____ Idade corrigida: _____ Idade gestacional: _____

Alimentação: () S. N. G. () S. O. G. Vol: _____

SNG = Sonda nasogástrica; SOG = Sonda orogástrica

Idade corrigida

(2) maior ou igual a 34 semanas

(1) entre 32 a 34 semanas

(0) menor ou igual a 32 semanas

Estado de organização comportamental

Estado de consciência (2) alerta (1) sono leve (0) sono profundo

Postura global (2) flexão (1) semiflexão (0) extensão

Tónus global (2) normotonia (0) hipertonía (0) hipotonia

Postura oral

Postura de lábios (2) fechados (1) entreabertos (0) abertos

Postura de língua (2) baixa (0) elevada (0) retraída (0) protruída

Reflexos orais

Reflexo de procura (2) forte (1) Fraco (0) ausente

Reflexo de sucção (2) forte (1) Fraco (0) ausente

Reflexo de morder (2) presente (1) presente exacerbado (0) ausente

Reflexo de vômito (2) presente (1) presente anteriorizado (0) ausente

Sucção não-nutritiva *

Movimento de língua (2) adequada (1) alterada (0) ausente

Canolamento de língua (2) presente (0) ausente

Movimento de mandíbula (2) adequada (1) alterada (0) ausente

Força de sucção (2) forte (1) fraca (0) ausente

Sucções por pausa (2) 5a8s/p (1) >8/p (0) <5s/p

Manutenção do ritmo (2) rítmico (1) arritmico (0) ausente

Manutenção do estado alerta (2) sim (1) parcial (0) não

Sinais de stresse (2) ausente (1) até 3 (0) mais de 3

Variação de tónus () ausente () presente

Variação de postura () ausente () presente

Variação de coloração da pele () ausente () presente

Batimento de asa nasal () ausente () presente

Tiragem () ausente () presente

Apneia () ausente () presente

Acumulação de saliva () ausente () presente

Tremores de língua ou

mandíbula () ausente () presente

Soluço () ausente () presente

Choro () ausente () presente

* A duração do teste deverá ser de 1 minuto

Pontuação: ____

Pontuação máxima: 36

Manual de Instruções

Instrumento de avaliação da prontidão do prematuro para início da alimentação oral

Idade corrigida *

Menor ou igual a 32 semanas. **

Entre 32 a 34 semanas. **

Maior que 34 semanas. **

* Idade corrigida: é a idade gestacional (Ballard) somada à idade pós-natal.

** Parâmetros definidos tendo por base os autores Lemons, Lemons e Palmer.

Estado de organização comportamental

Estado de consciência

Alerta: olhos abertos e brilhantes, responsivo à estimulação, com alguma atividade espontânea.

Sono leve: olhos abrem e fecham, olhar confuso e sem brilho, demora a responder à estimulação, com atividade espontânea variada.

Sono profundo: olhos fechados, não-responsivo à estimulação; a atividade motora é nula.

Postura global

Flexão: flexão de membros superiores e inferiores e posição do pescoço em linha mediana em relação ao tronco.

Semi-flexão: flexão de membros inferiores e posição do pescoço em linha mediana em relação ao tronco.

Extensão: extensão de membros superiores e inferiores e do pescoço em relação ao tronco.

Tonus global

Normotonia: leve resistência à movimentação passiva de flexão e extensão, sendo ligeiramente maior nesta última.

Hipertonia: resistência aumentada à movimentação passiva de flexão e extensão.

Hipotonia: resistência diminuída à movimentação passiva de flexão e extensão.

Postura oral

Postura de lábios

Fechados: lábios superior e inferior justapostos.

Entreabertos: lábios superior e inferior parcialmente separados.

Abertos: lábios inferior e superior totalmente separados.

Postura de língua

Baixa: língua plana, posicionada dentro da cavidade oral, com ponta arredondada.

Elevada: ponta da língua em posição elevada, pressionando o palato.

Retraída: língua em posição de retração na cavidade oral.

Protraída: língua em posição de protrusão na cavidade oral, estando sobreposta aos lábios.

Reflexos orais

Reflexo de procura

Presente: mediante o estímulo dos quatro pontos cardeais na região perioral, procura imediatamente a região estimulada, direcionando a cabeça ao estímulo e/ou abrindo a boca.

Fraco: mediante o estímulo dos quatro pontos cardeais na região perioral procura lentamente a região estimulada, direcionando a cabeça ao estímulo e/ou com abertura parcial da boca.

Ausente: ausência de resposta.

Reflexo de sucção

Forte: suga prontamente a própria mão ou o dedo enluvado do avaliador.

Fraco: leva algum tempo para iniciar a sucção da própria mão ou o dedo do avaliador.

Ausente: ausência de resposta.

Reflexo de morder

Presente: responde ao estímulo do dedo do examinador no rolete gengival da cavidade oral, com trancamento da mandíbula, seguido de relaxamento.

Presente exacerbado: responde ao estímulo do dedo do examinador no rolete gengival da cavidade oral, mantendo o trancamento de mandíbula.

Ausente: ausência de resposta.

Reflexo de vômito

Presente: responde com náuseas e/ou vômito ao estímulo da introdução do dedo do avaliador ao atingir a região médio-posterior da língua.

Presente anteriorizado: responde com náuseas ou vômito ao estímulo da introdução do dedo do avaliador ao atingir a região anterior da língua.

Ausente: ausência de resposta.

Sucção não-nutritiva

Movimento de língua

Adequada: movimento ântero-posterior e coordenado da língua diante do estímulo intraoral.

Alterada: movimento pósterio-anterior ou incoordenado diante do estímulo intraoral.

Ausente: ausência de movimentação.

Canolamento da língua

Presente: elevação das bordas laterais e presença de sulco na região central da língua.

Ausente: ausência de resposta.

Movimento de mandíbula

Adequada: reduzida excursão da mandíbula, com amplitude mandibular rítmica e suave.

Alterada: ampla excursão da mandíbula e/ou com amplitude mandibular arritmica e/ou trancamento da mesma.

Ausente: ausência de movimentação.

Força de sucção

Forte: forte compressão contra o palato e pressão negativa intraoral encontrando resistência a retirada do dedo do avaliador da cavidade oral.

Fraca: fraca compressão contra o palato e pressão negativa intraoral encontrando pouca ou nenhuma resistência à retirada do dedo do avaliador da cavidade oral.

Ausente: ausência de resposta.

Sucções por pausa***

De cinco a oito sucções por pausa respiratória.

Acima de oito sucções por pausa respiratória.

Menos de cinco sucções por pausa respiratória.

*** Para classificar este parâmetro deve utilizar-se a média obtida em três grupos de sucção/pausa.

Manutenção do ritmo de sucção por pausa****

Ritmico: mantém o número de sucções por pausa previsto num mesmo intervalo (menor que cinco, entre cinco a oito ou maior que oito sucções por pausa).

Arritmico: altera o número de sucções por pausa entre os intervalos (menor que cinco, entre cinco a oito ou maior que oito sucções por pausa).

Ausente: ausência de sucção.

**** Para classificar este parâmetro deve utilizar-se o número de sucções/pausa obtido em três grupos de sucção/pausa e verificar se ocorreu variação deste número entre os intervalos previstos

Manutenção do estado alerta

Sim: mantém-se alerta o tempo todo do teste da sucção não-nutritiva.

Parcial: mantém-se alerta apenas no início ou no final do teste da sucção não-nutritiva.

Não: não se mantém alerta durante o teste da sucção não-nutritiva.

Sinais de stresse

Ausente: ausência de sinais de stresse.

Até três sinais de stresse.

Mais de três sinais de stresse.

Os sinais de stresse a serem observados durante a avaliação são:

Variação de tónus

Variação de postura

Variação de coloração da pele

Batimento de asa nasal

Tiragem

Dispneia

Acumulação de saliva

Tremores de língua ou mandíbula

Soluço

Choro